

LA

Pseudo-Tumeur blanche de la Syphilis héréditaire



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Octobre 1919

PAR

Gustave MIGNEN

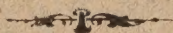
Né à Montaigu (Vendée), le 21 février 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

ESTOR, professeur, *président*.
VEDEL, professeur.
GAUSSEL, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919

LA
PSEUDO-TUMEUR BLANCHE
DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

LA

Pseudo-Tumeur blanche de la Syphilis héréditaire



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Octobre 1919

PAR

Gustave MIGNEN

Né à Montaigu (Vendée), le 21 février 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la thèse

ESTOR, professeur, *président*.
VEDEL, professeur.
GAUSSEL, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1919



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM MAIRET (*)	DOYEN.
SARDA (*)	ASSESSUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O *)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT (*).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Physiologie.....	HEDON (*).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP (*).
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (*)
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale.....	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRES (*).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (♣).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie.....	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (*)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (O *) a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON * (♣) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIÈRE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (*)	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	BUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (* ♣).	J. DELMAS (♣).	PECH * (ch. d'agr.).
RICHE.	RIMBAUD *.	

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, professeur, président.		MM. GAUSSEL, agrégé.
VEDEL, professeur.		RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MA SOEUR

A MON PÈRE, LE DOCTEUR MIGNEN

de Montaigu (Vendée)

FONDATEUR DU PREMIER SYNDICAT MÉDICAL DE FRANCE
PRÉSIDENT D'HONNEUR DE L'UNION DES SYNDICATS MÉDICAUX DE FRANCE
ET DU SYNDICAT DÉPARTEMENTAL DES MÉDECINS DE LA VENDÉE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MA TANTE, MADAME METAY

AUX FAMILLES

GOUJON, JUTARD, MAGNY, MIGNEN

Témoignage d'affection.

G. MIGNEN.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS POISSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de ma grande reconnaissance
et de ma profonde admiration.*

G. MIGNEN.

A MES MAÎTRES DE NANTES

MM. LES PROFESSEURS MIRALLIÉ, OLLIVE,
URBAIN MONNIER, BUREAU GUSTAVE, LEDUC,
ET MARGUERY

PROFESSEURS A L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET MÉDECINS DES HOPITAUX

MM. LES DOCTEURS RIVET, SOURDILLE LÉON,
MAHOT, GOURDET, LE MEIGNEN, GENDRON

MÉDECINS ET GHIRURGIENS DE L'HOTEL-DIEU

A MON MAÎTRE M. LE DOCTEUR BESSIÈRE

MÉDECIN-CHEF DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS D'ÉVREUX-NAVARRÉ

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX D'ANGOULÊME

MM. LES DOCTEURS TEXIER, GILSON, BARRAUD,
HOURTOULE, GODINEAU ET DUROSELLE

G. MIGNEN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

G. MIGNEN.

LA

PSEUDO-TUMEUR BLANCHE

DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

INTRODUCTION

La syphilis touche les articulations à toutes les périodes de son évolution : période secondaire, syphilis tertiaire et syphilis héréditaire. Le diagnostic de la syphilis articulaire de l'enfant peut présenter des difficultés à cause des formes parfois atypiques qu'on observe et aussi parce qu'on n'a pas, comme chez l'adulte, des commémoratifs nets.

A propos de malades observés dans le service de M. le professeur Estor, et dont les observations nous ont été communiquées aimablement par M. le docteur Aimes, chef de clinique, nous désirons étudier ces pseudo-tumeurs blanches de la syphilis héréditaire en montrant, par l'intéressante observation d'un malade, combien il faut penser à ces manifestations et avec quelles difficultés on arrive par-

fois au diagnostic. En présence du nombre croissant des syphilitiques, il y a un gros intérêt pratique à s'attacher à l'étude des diverses manifestations de cette affection.

Nous rapportons trois observations typiques de malades suivis pendant longtemps, il nous serait facile de multiplier les exemples.

HISTORIQUE

Les retentissements articulaires de la syphilis sont connus depuis très longtemps, Ambroise Paré (1561) en parle dans ses ouvrages comme Della Croce dans sa Chirurgie.

C'est Richet (1853), qui, par son remarquable mémoire sur les tumeurs blanches syphilitiques, ouvre l'ère scientifique de la question, car Ricord ne considérerait pas comme sûrement établie l'existence des arthrites spécifiques, il croyait la syphilis capable de s'associer à la tuberculose pour modifier les allures cliniques des tumeurs blanches. Richet admettait l'existence de deux formes seulement : l'arthrite secondaire, synovite pure et l'arthrite tertiaire dans laquelle il y avait aussi des lésions osseuses.

Fournier compléta l'étude de Richet en décrivant les diverses formes cliniques de la syphilis articulaire secondaire.

La première autopsie de syphilis articulaire fut faite par Lancereaux en 1863 et la deuxième par Méricamp (1882), qui, avec Defontaine, fit un important travail sur la question, nous verrons que cet auteur décrivit une forme spéciale d'arthrite spécifique héréditaire.

La thèse de Dureuil (1880) est consacrée aux pseudo-tumeurs blanches syphilitiques, avec celle de Bouilly (1878) elle inaugure la série des publications qui fixeront le dia

gnostic différentiel entre syphilis articulaire et tuberculose ostéo-articulaire.

Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire ont suscité un nombre important de travaux.

Danjou consacre sa thèse (1887) aux ostéo-arthropathies déformantes ; Manino, dans la *France médicale* (1888) ; Roland, dans sa thèse de Bordeaux (1886) ; Métayer, dans sa thèse de Paris (1904) ; Debonnesset (Paris, 1906), précisent les caractères cliniques et le diagnostic de la pseudo-tumeur blanche syphilitique héréditaire.

Kirmisson et Jacobson lui consacrent une étude dans la *Revue d'orthopédie* (1897) et Sergent étudie les formes mixtes : syphilis et tuberculose.

En Allemagne, d'importantes monographies sont publiées et Weliamimoff consacre à la syphilis articulaire un gros ouvrage (1910).

Citons encore les travaux de Guterbock, de Apert, Robinson, Imbert, Baudelot, Moussous, Berne, Max Schuller, Pierre, Rebeyrolle, Pascalides, Clutton, Hutchinson, etc. L'excellente thèse de Fouquet (Paris, 1905), constitue une des meilleures études de la syphilis articulaire.

CLASSIFICATION

Nous résumerons en un tableau, les manifestations articulaires de la syphilis à ses diverses périodes avant de nous consacrer à l'étude de la syphilis articulaire héréditaire.

I. — *Syphilis héréditaire*:

- A. Arthralgie;
- B. Ostéo-arthrite déformante de Méricamp;
- C. Pseudo-tumeur blanche ou ostéo-chondro-arthropathie.

II. — *Syphilis secondaire*:

- A. Arthralgie;
- B. Pseudo-rhumatisme syphilitique;
- C. Hydarthrose.

III. — *Syphilis tertiaire*:

- A. Hydarthrose;
 - B. Persynovite gommeuse;
 - C. Pseudo-rhumatisme déformant;
 - D. Pseudo-tumeur blanche de Fournier ou ostéo-chondro-arthropathie.
-

ETIOLOGIE

Les articulations seraient touchées, d'après Gutterhock, une fois sur trois cents hérédo-syphilitiques, âgés de moins de 5 ans. Depuis que la réaction de Wassermann permet de dépister plus fréquemment la syphilis, ces arthrites sont plus souvent rapportées à leur vraie cause et ce chiffre est actuellement au-dessous de la vérité. D'autre part, nous savons que les manifestations de la syphilis héréditaire peuvent apparaître très tardivement, au moment de l'adolescence et même plus tard et beaucoup de cas ont été méconnus et considérés comme des lésions tuberculeuses alors qu'il s'agissait de spécificité.

En effet, si les arthropathies syphilitiques sont rencontrées le plus souvent entre 8 et 13 ans, si Kirmisson les a observées chez un enfant de 18 jours, Henbner à 2 mois, on a pu ainsi les voir frapper des sujets à l'âge de 20 ans et même à l'âge de 25-27 ans (cas de Lorenzo, cas de Manino).

L'association à l'arthrite d'autres manifestations syphilitiques est fréquente. L'enfant est souvent un prématuré, il a à sa naissance présenté du pemphigus, la triade d'Hutchinson accompagne le tableau clinique de l'arthropathie, nous savons que cette triade comprend une kératite inters-

titielle, de la surdité et des lésions dentaires aujourd'hui très discutées.

La réaction de Wassermann est positive chez l'enfant et ses antécédents nous révèlent l'existence d'un chancre ou de lésions en évolution chez le père. Chez la mère, l'interrogatoire nous apprend qu'il y a eu des avortements ou des accouchements prématurés.

Il est rare de se trouver en présence, comme chez le petit malade de notre observation première, d'un sujet ne présentant pas d'autre manifestation pathologique qu'une pseudo-tumeur blanche qui impose presque le diagnostic de tuberculose.

L'aspect chétif du petit malade, la présence d'hyperostoses fréquentes, l'effondrement des os du nez, les déformations dentaires ou palatines, la kératite interstitielle sont, en général, des signes précieux.

CLINIQUE

Les Allemands distinguent une forme aiguë qui est exceptionnelle, avec Kirmisson et Jacobson, les auteurs français distinguent seulement deux formes chroniques.

1° L'ostéo-arthropathie déformante de Méricamp, rare.

2° La pseudo-tumeur blanche ou ostéo-chondro-arthropathie, plus fréquente.

L'*arthralgie* est une forme rare qui ne mérite pas une description particulière; elle est caractérisée par des douleurs articulaires plus ou moins vives.

1° L'*ostéo-arthropathie déformante* était considérée comme une forme spéciale à la syphilis héréditaire tardive, cependant Lannelongue en a observé un cas chez un enfant de deux mois et demi.

En général, elle apparaît plus tardivement entre 7 ans et 28 ans.

Ses sièges d'élection sont le coude et le genou.

Son évolution peut être divisée en deux périodes.

Dans un premier stade: soit par poussées subaiguës, soit par une évolution lente et progressive des *hyperostoses* s'installent.

Dans un deuxième stade, l'existence de ces hyperostoses crée une gêne importante du jeu articulaire, constitue un

obstacle permanent à l'exercice des mouvements d'où résulte une réaction vive de la synoviale, des lésions des cartilages et des ligaments créant des déformations articulaires et si la lésion siège au niveau du membre inférieur, des troubles importants de la statique et de la claudication.

Lorsque les lésions sont arrivées à la période d'état, l'élément essentiel c'est l'*hyperostose* qui déforme les épiphyses.

« Cette déformation est d'autant plus frappante qu'elle est irrégulière, étrange, bizarre, parfois même extraordinaire. Ce n'est plus une hyperostose massive qui, dans son irrégularité morbide, conserve cependant une certaine régularité de configuration générale, mais bien une sorte de végétation qui bourgeonne à l'aventure, en donnant naissance à des saillies, des mamelons, des apophyses osseuses, dont la situation, le volume et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles. De là, naturellement, des anomalies d'aspect, des originalités et même des excentricités de configuration qui constituent le caractère dominant de cette variété » (Fournier).

L'évolution de cette forme est lente et même, sous l'influence du traitement, il ne faut pas compter sur une régression rapide de semblables lésions.

Cette forme est *rare* et sa rareté constitue une des principales difficultés du diagnostic, on ne pense pas à l'arthrite déformante syphilitique chez l'enfant.

On croit le plus souvent à un rhumatisme tuberculeux déformant et cela avec d'autant plus de raison que celui-ci apparaît aussi tardivement, à l'âge de l'arthrite spécifique. Cependant, le rhumatisme de Poncet survient plutôt par crises douloureuses, par à-coups caractéristiques. La lésion n'est pas constituée par des néoformations osseuses irrégulières, mais les articulations sont distendues par un

gonflement diffus et douloureux qui envahit même les parties molles d'une façon à peu près constante.

Le rhumatisme chronique déformant est facile à éliminer, car il ne frappe que des sujets âgés et parce que ses lésions sont caractéristiques.

La présence des hyperostoses crée une difficulté de diagnostic difficile à résoudre, puisqu'il s'agit d'une complication tardive de la syphilis héréditaire; on peut confondre ces néoformations osseuses, si capricieuses dans leurs formes, avec les exostoses de croissance. On basera le diagnostic différentiel entre les deux affections sur les points suivants: dans l'exostose ostéogénique, les mouvements de l'articulation ne sont pas gênés, la tumeur osseuse se développe, non sur l'épiphyse, mais à la hauteur du cartilage de conjugaison, elle est juxta-épiphysaire; elle se développe pendant la croissance, mais son volume n'augmente plus vers la fin de l'adolescence, enfin, caractère important, l'exostose de croissance est indolore, elle n'est douloureuse que si elle est recouverte d'une bourse séreuse enflammée, ou si elle est superficielle et exposée à des traumatismes, ou encore si elle comprime des filets nerveux.

2° *La pseudo-tumeur blanche de la syphilis héréditaire* est beaucoup plus fréquente, elle apparaît chez un enfant de 5 à 14 ans, le plus généralement.

L'interrogatoire révèle l'existence d'un chancre ou d'accidents syphilitiques chez le père; chez la mère, d'avortements ou d'accouchements prématurés.

L'examen peut montrer des stigmates de syphilis héréditaire: nez effondré, kératite interstitielle, déformation de la voûte palatine, irrégularités dentaires, hyperostoses sur des points variables du squelette.

Le siège d'élection de cette arthropathie est le genou et

la bilatéralité de cette affection est si fréquente qu'elle porte le nom d'*hydarthrose syphilitique double* qui lui a été donné par Clutton.

Mais, plusieurs articulations peuvent être frappées à la fois, par ordre de fréquence, après le genou, les articulations le plus souvent en cause sont : le coude, la hanche, le cou-de-pied. Sur quarante cas réunis par Fouquet, on note : le genou, douze fois ; les deux genoux, treize fois ; le coude, huit fois ; la hanche, deux fois ; plusieurs articulations, cinq fois.

L'arthrite se développe lentement, insidieusement et, fait caractéristique, elle est indolore. On a rarement observé des phénomènes douloureux, ce point est très important pour le diagnostic et, lorsqu'ils existent, ils présentent le caractère propre aux douleurs osseuses de la syphilis, c'est-à-dire qu'ils ont des exacerbations nocturnes.

L'articulation frappée est indolore, elle est globuleuse et recouverte d'une circulation veineuse complémentaire. Elle se présente donc, le plus souvent, comme une simple hydarthrose du genou (vingt-cinq fois le genou était atteint sur trente-neuf observations), fréquemment bilatérale, puisque, sur vingt-cinq cas, les deux genoux étaient pris treize fois.

A l'examen, on reconnaît la présence d'un liquide peu abondant, qu'on peut retirer par une ponction, il est séreux clair et visqueux, jamais purulent.

La palpation de la synoviale permet d'éliminer la présence de fongosités, mais on trouve des épaissements, des plaques de blindages si spéciales à la syphilis, qui lui donnent un aspect cartonneux.

Les mouvements passifs imprimés à l'articulation sont faciles. Les contractures et, par conséquent, les attitudes vicieuses font défaut, il n'y a pas d'adénopathie.

Le sujet, malgré son hydarthrose, malgré ses épaississements synoviaux, n'éprouve aucune douleur à la marche et la claudication peut ne pas exister. Ce n'est que tardivement qu'elle fait son apparition, soit parce que l'épanchement devenu important distend l'articulation, soit parce que des hyperostoses se sont développées sur les épiphyses, soit encore par suite des déformations articulaires qui apparaissent lorsque la cause de l'affection est méconnue et qu'on laisse le mal évoluer.

Certains auteurs ont décrit deux formes : l'*hydarthrose* et l'*ostéoarthropathie simple*, qui ne sont que deux degrés de la même évolution ; il est rare, en effet, que l'hydarthrose ne s'accompagne pas de lésions osseuses et cette division ne paraît guère justifiée.

De même, on pourrait décrire une forme de *pyarthrose* spéciale, bien décrite par Hutchinson. Dans la syphilis héréditaire, des gommes peuvent se développer sur une épiphyse (ostéomyélite gommeuse) et s'ouvrir accidentellement au niveau d'une articulation donnant, par infection de cet article, une pyarthrose.

Mais ces cas sont à séparer des arthrites de la syphilis héréditaire, ils ne constituent qu'une complication de l'ostéomyélite gommeuse (cas de Schuller, Henbner, Parrot, Wagner, Baginski, etc.).

EVOLUTION

Laissée à son évolution naturelle, l'arthrite n'a pas de tendance à rétrocéder. « Soupçonnez la syphilis, dit Mores-tin, et donnez le bon traitement, en quelques jours, le ma-lade sera guéri ; passez à côté et le mal durera, s'aggravant sans cesse, en dépit des moyens mis en œuvre ».

Si le sujet n'est pas traité, l'arthrite, de mono-articulaire qu'elle est souvent primitivement, peut devenir poly-articu-laire.

L'épanchement est, au début, peu important, et la syno-viale présente seulement une réaction inflammatoire ba-nale, mais sous l'influence des mouvements, de la marche, ou même sans cause, si un actif traitement n'intervient pas, la quantité de liquide augmente et l'épaississement de la synoviale devient important, puis des déformations des surfaces articulaires succèdent à cette période d'hydar-throse simple. Elles peuvent conduire à l'ankylose plus ou moins prononcée, moins fréquemment cependant que dans la forme déformante décrite précédemment. Mais au bout d'un temps plus ou moins long, apparaissent des ostéophy-tes, des néoformations osseuses périphériques ou des dé-formations épiphysaires qui altéreront les fonctions de l'article.

Une complication plus fréquente, c'est le décollement épiphysaire et ici le problème de diagnostic est double quand se produit cette lésion. Il faut d'abord la constater, la reconnaître et ensuite la rapporter à sa vraie cause.

Enfin, le sujet peut présenter les complications générales de la syphilis et un de nos malades, jusque-là indemne de tout accident pathologique arriva avec toute une éclosion de signes précieux : arthrite du genou, gonflement diffus du coude et du poignet, perforation de la voûte palatine.

Signalons enfin la fréquence des récidives et l'apparition d'autres lésions articulaires : observation première : genou, coude, poignet ; observation II : deux genoux, hanche, rachis.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif est grandement facilité par l'interrogatoire et par l'examen. Les commémoratifs sont de grande importance et nous avons insisté suffisamment sur la nécessité de bien creuser les antécédents pour y retrouver les signes de la syphilis des parents. C'est autant les parents, dit Mauclore, que l'enfant lui-même qu'il faudrait pouvoir examiner dans les cas douteux et insidieux.

L'examen révélera la présence des stigmates habituels de la vérole chez le jeune sujet.

La réaction de Wassermann sera mise en œuvre et viendra apporter son appoint à la discussion et l'observation première montre que, parfois, c'est seulement par la mise en œuvre de tous les moyens cliniques et de laboratoire qu'on peut arriver au diagnostic. La perforation de la voûte palatine et le développement simultané de plusieurs arthrites permet seulement de préciser le diagnostic étiologique.

D'une part, chez ce petit malade, tout contribuait à écarter le diagnostic de syphilis : les grossesses normales, sans traitement spécifique, les dénégations des parents, étaient déjà des arguments de quelque valeur.

L'âge du malade (6 ans) n'était pas celui de la syphilis articulaire héréditaire qui se voit surtout entre 8 et 14 ans.

Il est vrai que le professeur Kirmisson a vu cette lésion chez un nourrisson de dix-huit jours et notre observation II a trait à un enfant de dix-sept mois.

Nous n'avions pas les caractères classiques de l'arthrite syphilitique, ni la bilatéralité ou la multiplicité de l'atteinte articulaire, ni l'exagération nocturne des douleurs, ni l'absence d'attitudes vicieuses, ni l'indolence des mouvements passifs, jointe à leur facile exécution, dans les premiers examens. La triade de Hutchinson n'existait pas.

Sans doute, une réaction de Wassermann et le traitement d'épreuve eussent montré, dès le début, l'erreur de diagnostic; ni l'un ni l'autre ne furent mis en œuvre, tant le diagnostic d'arthrite tuberculeuse paraissait net. Il faut donc, même dans les mono-arthrites, songer à la syphilis, comme le faisait remarquer Le Fort (Congrès de gynécologie, Lille, 1913), et ne pas hésiter dans les cas de ce genre à rechercher systématiquement la réaction de Wassermann.

Le malade de l'observation III est aussi un exemple à retenir. Il y avait cinq enfants en bonne santé et le père était mort de tuberculose pulmonaire, on pouvait donc penser à la tuberculose, mais l'évolution anormale de l'arthrite tibio-tarsienne (début le 8 janvier 1914, fistulisation le 11 janvier) éveilla l'attention. Le Wassermann fut positif et le traitement d'épreuve amena une guérison intégrale en deux mois.

1° L'*ostéomyélite* des nourrissons frappe souvent le fémur et se complique d'arthrite si fréquemment qu'on considère celle-ci comme un signe clinique presque constant. On la reconnaîtra à son tableau clinique aigu, c'est une affection à début brusque, qui s'accompagne de fièvre et qui se termine par la suppuration, ce qui ne s'observe pas dans la syphilis.

Dans ses formes chroniques, l'ostéomyélite se reconnaîtra à son siège juxta-articulaire.

2° *La fièvre de croissance* n'existe pas pour certains auteurs qui en font une poussée d'ostéomyélite atténuée ou une tuberculose discrète. Elle se reconnaîtra à son siège juxta-articulaire, respectant l'articulation, à la multiplicité des points douloureux qui frappent le squelette simultanément, à ses lieux d'élection sur les cartilages les plus fertiles : extrémité inférieure du fémur et supérieure du tibia. Extrémité supérieure de l'humérus et inférieure du radius et du cubitus.

3° *La maladie de Parrot* se reconnaît à la mobilité anormale avec crépitation.

4° *La tumeur blanche tuberculeuse* se reconnaîtra aux signes suivants :

L'état général du sujet est en général plus altéré que dans la syphilis, il peut y avoir de la température, ou coexistence de lésions tuberculeuses disséminées, soit cutanées, soit osseuses ou bien atteinte des poumons.

A l'examen, l'articulation est douloureuse, non seulement elle est douloureuse à la palpation et à la mobilisation, mais encore spontanément, nous savons, au contraire, que l'indolence est un des caractères de l'arthrite syphilitique.

L'adénopathie accompagne presque constamment la tuberculose articulaire, il y a des contractures qui, si un traitement rationnel n'est pas appliqué, vont produire des attitudes vicieuses, celles-ci ne s'observent pas dans la pseudo-tumeur blanche.

Le gonflement articulaire dans la tuberculose est constitué par un empâtement fongueux, bien différent de la sensation donnée à la palpation par la synoviale épaissie par places, blindée, de la syphilis.

Enfin, il peut y avoir des fistules dans la tuberculose.

L'*hydrops tuberculosus* est plus difficile à séparer de l'hydarthrose spécifique. Mais celle-ci est souvent bilatérale (hydarthrose double de Clutton). Dans la tuberculose l'état général est atteint, il existe des points osseux douloureux, de l'adénopathie.

Les examens de laboratoire ne seront pas négligés et, dans un cas, l'injection de liquide articulaire au cobaye le tuberculisera, dans l'autre, la réaction de Wassermann sera positive.

5° C'est le diagnostic de toutes les *hydarthroses* qui doit être fait, mais le jeune âge du sujet permet de limiter les recherches.

Les hydarthroses par déformations des membres : dans le genu valgum, la coxa vara, seront facilement rapportées à leur vraie cause. Il en est de même de l'hydarthrose statique que l'on observe chez les anciens fracturés, par surcharge du côté sain et des hydarthroses par réaction que l'on observe chez les fracturés récents.

L'hydarthrose traumatique et l'hydarthrose par corps étranger articulaire seront reconnues par l'interrogatoire.

L'hydarthrose blennorragique est rare chez l'enfant, mais cependant on l'observe chez des petites filles atteintes de vulvite ou de vulvo-vaginite. Elle siège de préférence au niveau du genou, à gauche ; elle s'accompagne de douleurs très vives et d'un gonflement périarticulaire important. Le liquide retiré par ponction est purulent.

6° Le *rhumatisme* articulaire aigu est polyarticulaire, fébrile ; les douleurs vives seront un bon signe de diagnostic au début, enfin les signes de l'inflammation ne permettront plus l'erreur.

7° Les *arthrites infectieuses* ne sont pas rares chez l'enfant ; on les observe après les maladies infectieuses : la rougeole souvent, la scarlatine qui affectionne les articula-

tions, la variole, la pneumonie, etc.; mais aussi après une furonculose, une angine, une otite moyenne, une diphtérie.

Le diagnostic pourra être difficile si on ne reconnaît pas l'origine de l'infection et si l'arthrite évolue avec une allure chronique, mais il y a toujours des douleurs.

8° L'*arthropathie des hémophiles* est indolore comme l'arthrite syphilitique et elle ne s'accompagne pas de points osseux douloureux, ni de gêne des mouvements ou de la marche. Mais elle frappe des garçons à antécédents hémorragiques. Le début est brusque et l'évolution se fait par des poussées d'hémarthroses successives, ce tableau est bien caractéristique, d'autant plus qu'il est presque constant d'observer en peu de temps des hémorragies très graves chez le sujet.

9° Signalons aussi l'erreur possible avec un *ostéosarcome épiphysaire*, puisque dans l'arthrite syphilitique il y a parfois augmentation de volume de l'épiphyse.

Mais, dans le sarcome, l'articulation est libre et l'augmentation de volume ne porte que sur un seul os.

La radiographie précise la forme et le siège de la tumeur.

Dans tous les cas le traitement d'épreuve doit être tenté, souvent c'est lui qui tranchera le diagnostic.

Dans les cas douteux, il ne faut pas hésiter à faire, suivant l'heureuse expression de Gangolphe, une *ostéotomie exploratrice*.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic dépend de la précocité du diagnostic qui permettra de traiter le sujet logiquement et aussi de l'état général du sujet qui peut présenter, en même temps que son arthrite, de graves lésions syphilitiques.

Soupçonnez la syphilis, dit Morestin, et donnez le bon traitement, en quelques jours, le malade sera guéri; passez à côté et le mal durera, s'aggravant sans cesse, en dépit des moyens mis en œuvre.

Nous avons vu les difficultés que peut présenter le diagnostic, aussi doit-on recourir au traitement d'épreuve dans les cas qui paraissent douteux: « Dans le doute, ne t'abstiens pas, dit Gaucher ».

Car si l'affection est laissée à son évolution spontanée, elle évolue localement: dans la forme déformante vers l'ankylose; dans la forme de pseudo-tumeur blanche vers de grosses destructions articulaires et des déformations qui seront définitives.

Mais l'état local n'est pas seul en cause, la syphilis évolue aussi et elle peut emporter le petit malade s'il n'est pas traité.

Le traitement peut être médical ou chirurgical.

1° *Médical*, c'est l'association du mercure à l'iodure ou la médication arsenicale qui doit être utilisée.

Localement on fera des frictions mercurielles et on immobilisera l'articulation en faisant une légère compression s'il existe de l'hydarthrose.

Le sirop de Gibert, la liqueur de Van Swieten, le lactate de mercure, les injections de sels mercuriels, de 914, seront prescrits, suivant les préférences de chacun.

2° *Chirurgical*. — Le traitement chirurgical est un traitement d'exception. Les Allemands ont pratiqué des résections, cette opération paraît peu indiquée, sauf tardivement si une ankylose s'est constituée ou s'il existe des déformations ou des néoformations osseuses volumineuses, gênant le jeu articulaire.

L'arthrotomie ne paraît indiquée que dans les cas de pyarthrose; elle est exceptionnelle, nous avons vu dans quelles conditions rares elle pouvait s'observer.

La ponction peut être utile dans les grosses hydarthroses.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

(Recueillie dans le service du professeur Estor)

Due à l'obligeance du docteur Aimes, chef de clinique

Le jeune L..., âgé de 6 ans, entre, pour la première fois, dans le service de chirurgie infantile, le 9 juillet 1911, pour douleur du genou gauche, avec impotence fonctionnelle.

Le début de l'affection remonte au commencement de juin de la même année. Ce début s'est fait d'une façon insidieuse, par des douleurs peu vives, mais plus marquées à la marche et de la boiterie.

Peu après l'enfant a refusé de marcher, et lorsque les parents nous l'ont amené, nous avons constaté :

- 1° Que le genou gauche était légèrement globuleux ;
- 2° Que la jambe était en flexion marquée sur la cuisse ;
- 3° Que la région articulaire était le siège d'un empatement assez net.

La palpation révèle, en outre, l'existence de points douloureux au niveau de la tubérosité interne du tibia ; le choc rotulien est net ; les mouvements sont limités et assez douloureux. La cuisse est atrophiée, micro-polyadénopathie.

Le malade ne présente aucune autre manifestation pathologique. Nous remarquons seulement que son état général est peu brillant.

D'autre part, l'interrogatoire des parents est absolument négatif quant à la possibilité d'une syphilis.

Devant le tableau clinique, le diagnostic porté est celui de tumeur blanche du genou gauche et, le 10 juillet 1911, le membre malade est immobilisé dans un plâtre.

L'enfant revient le 20 septembre 1911 : l'état local s'est amélioré, les lésions paraissent en voie de régression, ce qui semble confirmer le diagnostic ; l'état général est un peu meilleur. Pas d'autres manifestations pathologiques.

On applique un deuxième plâtre le jour même et le petit malade rentre dans sa famille le 22 septembre 1911.

Lorsque l'enfant revient à l'hôpital, quelques semaines plus tard pour faire changer son appareil, le tableau clinique a complètement changé. Le genou gauche est encore globuleux, mais ce qui frappe, c'est la facilité avec laquelle sont exécutés les mouvements ; malgré des lésions non encore éteintes, la *flexion complète* est possible et se fait sans douleurs ; la palpation de l'articulation est indolore.

D'autre part, deux autres articulations : le coude et le poignet droits, sont depuis quelques jours le siège d'un gonflement diffus avec conservation des mouvements.

Enfin, il y a un mois, est survenue une perforation de la voûte palatine.

Cet ensemble clinique était trop net pour faire hésiter.

Le père, pressé de questions, finit par avouer que neuf ans auparavant, il avait contracté un chancre syphilitique, suivi de roséole et qu'il ne se soigna que pendant un an. D'autre part, sa femme avait de fréquents maux de gorge.

Nous devons ajouter, fait qui avait contribué à faire poser un diagnostic erroné, que la mère avait eu *trois gros-*

sesses, toutes trois menées à bonne fin et qu'il restait deux enfants : le petit malade et une petite fille âgée de 3 ans ; le troisième était une petite fille morte à l'âge de cinquante jours. La mère se trouvait en état de grossesse.

La réaction de Wassermann fut nettement positive et l'enfant, confiée à M. le professeur Vedel, fut traitée par des injections de 606.

Les résultats furent excellents : régression rapide des lésions articulaires, relèvement de l'état général, changement à vue d'œil de la perforation palatine qui se déterge et se rétrécit.

L'enfant a été revu trois mois plus tard, il ne lui restait qu'un léger degré de genu valgum et la perforation palatine était presque entièrement guérie.

OBSERVATION II

(Service du professeur Estor)

P..., âgé de 17 mois, entre dans le service le 15 septembre 1913, pour hydarthrose du genou gauche.

Antécédents. — A présenté du pemphigus à sa naissance.

Le père avoue avoir soigné un chancre syphilitique. La mère a été soignée, il y a quatre ans, pendant un mois, dans le service de syphiligraphie : plaques muqueuses à la vulve, douleurs dans les membres inférieurs.

Trois enfants morts-nés à huit mois. Le quatrième, celui qui nous est amené, n'est arrivé à terme que grâce à des piqûres mercurielles.

Il y a trois mois, hydarthrose du genou droit guérie en quinze jours. Depuis un mois et demi, nouvelle hydarthrose

à gauche (hydarthrose syphilitique double de Clutton). A l'entrée, cette articulation présente tous les signes d'une tumeur blanche: gonflement, douleurs, limitation des mouvements.

Réaction de Wassermann nettement positive. Le traitement spécifique est institué et le petit malade sort guéri le 8 février 1914.

Revient en 1916, avec une arthrite de même nature et de même allure: gonflement peu douloureux au niveau de la hanche gauche. Mais il existe en plus des fistules. Par le traitement spécifique, guérison rapide et complète, avec conservation des mouvements. Il ne reste qu'une légère boiterie.

Revient en 1919 avec les signes d'un mal de Pott actuellement en traitement.

OBSERVATION III

(Service du professeur Estor)

C. F..., âgé de 3 ans, entre, dans le service, le 17 janvier 1914, pour fistule tibio-tarsienne droite.

Mère en bonne santé, cinq enfants vivants en bonne santé; père mort, il y a un mois, à 35 ans, d'une bronchite ayant duré neuf mois; toux, expectoration abondante, amaigrissement, pas d'hémorragie, à la fin diarrhée et vomissements.

L'enfant a fait, il y a dix mois, une chute sur le coude droit, il y aurait eu fracture. Il y a six mois, nouveau traumatisme sur la tibio-tarsienne droite; gonflement et douleurs; sous l'influence de pansements humides, la guérison fut obtenue en quinze jours.

Neuf jours avant l'entrée, la mère constate un gonflement de l'arrière-pied, accompagné de douleurs. *Trois jours après le début*, une fistule se forme qui donne issue à du pus jaunâtre.

Examen. — Coude droit ankylosé en demi-flexion, mouvements limités et douloureux.

Tibio-tarsienne droite : fistule au niveau de la pointe de la malléole interne, gros empâtement de tout l'arrière-pied qui est globuleux et violacé. Les mouvements sont très limités et douloureux. .

La fistule à bords décollés a l'aspect d'une plaie bacillaire, elle sécrète un pus peu abondant, séreux, à grumeaux jaunes.

Râles de grosse bronchite à l'auscultation. Le 19 janvier : broncho-pneumonie, guérie le 24 janvier.

A ce moment, la fistule est presque tarie, elle ne donne que très peu de pus.

Wassermann positif.

On institue le traitement spécifique.

Le 28 janvier, le coude est soumis à une traction élastique et plâtré dès qu'il est arrivé en bonne position, ce qui ne demande qu'une dizaine de jours.

Sous l'influence du traitement, le cou-de-pied cicatrisé se fistule, le gonflement de l'arrière-pied disparaît progressivement et, le 18 mars, les lésions sont complètement guéries avec retour des mouvements articulaires.

Le malade revu depuis ne présente aucune boiterie.

CONCLUSIONS

I. — Les lésions articulaires de la syphilis héréditaire ne sont pas rares, elles sont mieux connues aujourd'hui et plus souvent dépistées, grâce à la réaction de Wassermann.

II. — Elles affectent plusieurs formes :

1° Forme arthralgique fréquente ;

2° Ostéo-arthrite déformante de Méricamp, exceptionnelle ;

3° Ostéo-chondro-artropathie ou pseudo-tumeur blanche, forme habituelle.

III. — Ces arthropathies se rencontrent généralement entre 8 et 13 ans, mais elles peuvent être plus précoces (18 jours) ou très tardives (27 ans).

IV. — Cliniquement, l'affection peut simuler parfaitement la tumeur blanche tuberculeuse, c'est alors, grâce à l'association d'autres signes de syphilis, qu'on reconnaît sa nature.

La forme d'hydarthrose double syphilitique décrite par Clutton est plus caractéristique.

V. — Le pronostic n'est favorable que si le diagnostic exact est posé et un traitement spécifique institué. Dans le

cas contraire, l'arthropathie n'a aucune tendance à rétro-céder.

VI. — Le diagnostic n'est facile que si la syphilis des parents est connue ou si le sujet porte des signes de spécificité. Sinon, on peut confondre l'affection avec la tumeur blanche tuberculeuse, l'ostéomyélite des nourrissons, la maladie de Parrot, toutes les hydarthroses, les arthrites infectieuses, l'arthropathie des hémophiles, l'ostéosarcome épiphysaire.

VII. — Le traitement spécifique amène rapidement la guérison s'il n'est pas institué trop tardivement lorsque se sont installées des déformations irréparables. Il est donc important de bien connaître ces arthrites pour les diagnostiquer précocément.

BIBLIOGRAPHIE

- APERT. — *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1895, p. 649.
— *Traité des maladies familiales*, 1907.
- BARKER. — Congrès de Londres, août 1913.
- BONNET. — *Traité des mal. des articulations*, 1845.
- BOSSE. — Histol. und Rad. z. tardive Form d. hereditären Gelenk. *Bruns's Beitr. z. Klin. Chir.*, 1906, Bd. 51.
- BOUILLY. — Thèse Paris, 1878.
- BROCA. — Syphilis articul. du genou chez l'enfant. Concours médical, 25 juillet 1903.
- BAUDELLOT. — Thèse de Paris, 1900.
- CANESTRO. — *Lyon chirurgical*, 1910, p. 325.
- CLUTTON. — Symetr. synovitis of the knee in heredit. syph. *Lancet*, 26 février 1886.
- CORNIL. — Leçons sur la syphilis, p. 269.
- DANJON. — Les ostéo-arthropathies déform. de la syphilis hérédit. Thèse de Paris, 1887.
- DEBONNESSET. — Consid. sur le diagn. différ. entre les man. oss. et articul. de la syph. hérédit. et de la tuberculose. Thèse de Paris, 1906.
- DELFONTAINE. — Thèse Paris, 1882.
- DUNLOP. — Syphilitic synovitis in children. *Edimbourg Journ.*, décembre 1904, p. 516.
- DUREUIL. — Thèse de Paris, 1880.

- FELTEN. — Thèse de Nancy, 1903.
- FOUQUET. — De la syphilis articulaire. Th. de Paris, 1905.
— Traité de la syph. artic., Paris, 1906.
- FOURNIER. — Syphilis de l'appar. locom., 1873-1882.
— Leçons cliniques, 1882.
— Syphilis héréditaire tardive, 1886.
- FOURNIER (E.). — Hérédo-syphilis, 1906.
- GAUCHER. — Soc. de dermat. et de syph., 4 mai 1905.
— et FOURNIER. — Soc. de dermat., déc. 1901.
- GELMA. — Thèse de Paris, 1891.
- GOUARIANZ. — Thèse de Lyon, 1914.
- GUTTERBOCK. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1878, 1879, 1883.
- HIPPEL. — *Munch. Med. Woch.*, 1903, 31.
- JASTRÉBOFF. — *Khir. Werstnik*, oct. 1894.
- JOACHIMSTHAL. — *Deut. Med. Woch.*, 1894, p. 461.
- IMBERT. — *Gaz. des hôp.*, 1899, p. 185.
- KIRMISSON et JACOBSON. — Des arthropathies dans la syphilis héréditaire. *Revue d'orthopédie*, 1897, p. 366.
- KNAAK. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1879, p. 215.
- LANCEREAUX. — *Traité de la syphilis*, 1874.
— *Union médicale*, 1873, p. 153.
- LANNELONGUE. — *Bulletin médical*, 20 mars 1887.
— Leçons de clin. chir. 1905, p. 391 et 408.
- LAPERSONNE (De). — Thèse de Paris, 1886.
- LE FORT. — Congrès de gynécologie, Lille, 1913.
- MAUCLAIRE et DUJARIER. — *Traité de chir.*, t. VII.
- MARFAN. — *Traité de médecine*, t. XXXIX.
- MAURIAC. — Syphilis tertiaire et syphilis héréditaire, 1890
- MÉNARD, LEMOINE et PÉRIARD. — *Gaz. des hôp.*, 1908, p. 605
- MÉRICAMP. — Thèse de Paris, 1882.
- MÉRY et GUILLEMOT. — Soc. méd. des hôp., avril 1903, p. 325
- MERRY et TERRIEN. — *Pédiatrie pratique*, 15 juillet 1904, p. 163.

- MÉTAYER. — Thèse Paris, 1904.
MOREL-LAVALLÉE. — *Union médicale*, 3 mai 1888, p. 693.
MOUSSOUS. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1900, p. 943.
NICOLAS. — *Bull. Soc. méd. de Lyon*, avril 1905.
PARROT. — *Archives de physiol.*, 1872.
PASCALIDÈS. — Thèse de Paris, 1905.
PIERRE (Saint). — Thèse de Lyon, 1900.
RANGUEDAT. — Thèse de Paris, 1883.
REBEYROL. — Thèse de Paris, 1902.
RICHEL. — Acad. de médecine, 1853, p. 249.
RICORD. — *Traité des mal. vénériennes*, 1838.
ROBERT. — *Nouveau Traité des mal. vén.*, 1861, p. 701.
ROBINSON. — *British med. journ.*, mai 1846.
ROCHER. — *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1904, p. 462.
ROLLAND. — Thèse de Bordeaux, 1886.
SAUCET. — Thèse de Bordeaux, 1904.
SERGENT. — Syphilis et tuberculose, Paris, 1907.
STEINBERG. — Thèse de Paris, 1898.
SUTHERLAND. — On syph. arthritis. *Policl.*, London, 1905.
TAYLOR. — *Philad. Med. a Surg. Report*, 1878.
TOUSSAINT. — Thèse de Paris, 1881.
VOISIN. — Thèse de Paris, 1875.
WEGNER. — Virchow's Archiv., Bd. 50, p. 305.
WALDEYER et KOEBNER. — Virchow's Arch., Bd 55, p. 367.
WELIAMINOFF. — Syphilis articulaire, 1910.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 16 octobre 1919.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 16 octobre 1919.
Le Boyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
